N° 185

Année 1975

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

PITIE - SALPETRIERE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d' Etat)

PAR

MARIE - CLAUDE MORIGNY , épouse PONSERRE

Née le 13 mai 1946 à PARIS XVe.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 1975.

+ + +

A PROPOS D'UN CAS DE JUMELLES MONOZYGOTES AUTISTIQUES.

+ + +

PRESIDENT : Monsieur D. J. DUCHE , Professeur Agrégé.

+ + + +

Année 1975 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

PITIE - SALPETRIERE

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d' Etat)

PAR

MARIE - CLAUDE MORIGNY , épouse PONSERRE

Née le 13 mai 1946 à PARIS XVe.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 1975.

+ + +

A PROPOS D'UN CAS DE JUMELLES MONOZYGOTES AUTISTIQUES.

+ + +

PRESIDENT : Monsieur D. J. DUCHE , Professeur Agrégé.

+ + + +

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire

de mon Grand-père, le Docteur G. MORIGNY,

A mon Père, le Docteur J. MORIGNY, à ma Mère,

A mon Mari, à mon Fils,

A tous les Miens,

A mes Amis,

en témoignage de mon affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D. J. DUCHE

Professeur titulaire de la chaire de Psychiatrie Infantile

à la Faculté de Médecine PITIE - SALPETRIERE

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544725_0005

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur M. BARIETY (in memoriam)

Monsieur le Professeur LEBEAU

Monsieur le Professeur G. EDELMANN

Monsieur le Professeur A. LEMAIRE

Monsieur le Professeur SCHWOB

Monsieur le Professeur P. DEBRAY - RITZEN

Monsieur le Professeur A. BUGE

A mes Maîtres d'Internat en Psychiatrie

Monsieur le Docteur G. BENOIT

Monsieur le Docteur BAILLY - SALIN

A Monsieur le Professeur Agrégé BASQUIN

A Monsieur le Professeur Agrégé MAZET

En remerciement pour leur enseignement.

P L A N

Introduction

Développement

I. Observation de Lila et Yasmina

II. Autres observations du service de psychiatrie infantile de la Salpêtrière (Professeur DUCHE)

III. Rappel sur la notion d'autisme et de psychose infantile. Données étiopathogéniques.

IV. Apport des méthodes génétiques
Revue de la littérature.

Conclusion

+ + +

I N T R O D U C T I O N

" Je m'abreuve de moi ... L'amour la plus profonde
Vient et revient entre mon âme et l'onde
Dont le miroir divin m'offre le pur retour
De mes charmes vers l'ombre où songe mon amour "...

Ainsi Narcisse parle t-il à son reflet, amour sans espoir condamné par les Dieux. Le thème du double hante depuis toujours la mythologie et la littérature : c'est l'image du mythe de Platon, c'est l'éternelle quête d'un autre soi-même et, bien souvent, dans le regard de l'être aimé, c'est sa propre image, confirmation de son existence, que l'homme cherche à capter. Mais lorsque cette image n'est plus un reflet, lorsqu'elle devient une réalité physique ? Etre soi et cotoyer un autre soi-même ...

Une troublante inquiètude, mêlée de curiosité, ressurgit alors du fond de nous pour contempler l'image de ces êtres dédoublés que nous offre les jumeaux identiques. C'est sans doute cette étrange fascination qui explique l'intérêt suscité dans le service par l'arrivée de Lila et Yasmina, jumelles algériennes de sept ans, dont la pathologie rendait cette ressemblance encore plus caricaturale et, peut-être encore plus angoissante. Ce sont elles, malgré l'insatisfaction que nous laisse leur observation trop succinte, qui nous ont incités à rechercher dans la littérature les différents travaux publiés sur les jumeaux et la psychose.

+ + +

- Chapitre I -

O B S E R V A T I O N D E L I L A E T Y A S M I N A

OBSERVATION DE LILA ET YASMINA H.

Lila et Yasmina H., nées le 24 juin 1965, entrent le 6 février 1973 dans le service de M. le Professeur D.J. DUCHE de la Salpêtrière, débarquant inopinément d'Algérie avec leur père. Elles ont près de huit ans, bien que leur taille soit celle d'enfants de 5 - 6 ans.

Répliques exactes l'une de l'autre, toutes deux couvertes d'impétigo et de poux, elles sont, à première vue, difficilement distingables et, le père lui-même, les confond encore. Nous ne saurons jamais si c'est lui le responsable de la confusion des prénoms, toujours est-il que quatre mois après leur entrée, on apprendra par la mère que "Lila" s'appelle en réalité Drifa Yasmina, et que "Yasmina" s'appelle Lila. Ce qui n'était certes pas fait pour leur faciliter le chemin de la conscience de soi et de leur individuation...

Eléments biographiques :

D'après les renseignements fournis, à l'entrée, par le père, Lila et Yasmina (nous continuerons à les appeler par leurs prénoms d' "arrivée"...), sont les sixième et septième enfants d'une fratrie de huit dont le dernier a 14 mois. Aucun d'eux, on dehors bien sûr des jumelles, ne pose de problèmes d'ordre médical ou psychologique.

La grossesse de la mère a été sans problèmes, l'accouchement normal.

Elles auraient marché à treize ou quatorze mois, le même jour. Yasmina, vers quatorze-quinze mois, prononçait "papa - maman". Lila, elle, n'a jamais parlé.

Pour le père, elles ont été "normales" jusqu'à deux ans, date à laquelle elles auraient présenté simultanément un abcès du cuir chevelu, puis des convulsions. Leur comportement serait alors devenu très pathologique et elles ont été isolées dans une chambre du pavillon familial avec une femme spécialement attitrée pour s'occuper d'elles. Mais il s'empresse d'ajouter que, lui et sa femme, s'en occupent beaucoup, de même que les frères et soeurs.

En 1971, un Professeur d'Alger prescrit du Gardénal (1 c./jour), traitement qui n'a pas été suivi car "le Gardénal les rend comme des bêtes et leur donne des crises d'épilepsie".

La mère, que l'on rencontrera en juin 1973, soit quatre mois après leur entrée dans le service, fournit des renseignements contradictoires mais peut-être plus crédibles, en tout cas plus précis. D'ailleurs, le père, que cela ne trouble pas, dit : " c'est la mère, elle doit se souvenir mieux que moi ".

Ce que dit la mère : la grossesse s'est déroulée normalement, et elle n'a su qu'elle attendait des jumeaux que trois jours avant l'accouchement. Elle n'a absolument pas voulu le croire si bien que même après avoir accouché de Lila (dont le cri a été immédiat), elle a voulu se lever de la table de travail. Elle ne se souvient pas de l'accouchement de Yasmina, née cinq minutes plus tard (nous ignorons les poids de naissance).

Elle ne les a allaitées que jusqu'à trois mois car du fait d'une anomalie des mamelons, elle devait se servir d'un tire-lait et avait "les seins en sang". Elle les nourrissait indifféremment l'une après l' une après l'autre.

Pour elle, c'est à quatre mois qu'elles ont présenté des " furoncles " sur la tête. Seule, Yasmina aurait convulsé. C'est à cet épisode, néanmoins, qu'elle attribue, elle aussi, le changement de comportement des jumelles. Elles étaient devenues " nerveuses " et se tapaient la tête contre les murs. La mère les a toujours ressenties comme " différentes " des autres : en particulier, elle a été frappée par le fait que, tout bébés, elles se laissaient prendre dans les bras par n'importe qui sans manifester la moindre angoisse alors que les autres pleuraient quand on les séparait d'elle (on sait que l'angoisse du 8e mois, devant un visage étranger, est le deuxième organisateur de [illegible]).

Elle-même a toujours eu une préférence pour Lila.

Les parents :

Les entretiens avec eux, peu nombreux, ont été pauvres et difficiles. Il leur a été en particulier impossible d'aborder d'autres problèmes que celui du comportement, purement descriptif, des jumelles.

Les rendez-vous ont toujours été ardus à obtenir pour des raisons matérielles et lors des visites toujours fortuites, ils évitaient le contact avec les membres du personnel.

Le père, producteur à la T.V. d'Alger (" Je suis le Léon Zitrone de la T.V. algérienne") présente des traits de personnalité paranoïaque.

Froid, rigide, il supporte mal la vue de ses deux jumelles qui paraissent représenter une grave blessure narcissique. Il est certainement rejetant à leur égard, bien qu'il s'en défende; nous avons signalé qu'il ne les différenciait pas l'une de l'autre alors qu'en quelques jours, cette reconnaissance était facile pour les infirmières du service. Sa demande est qu'elles soient placées à vie; il ne veut pas qu'elles retournent en Algérie où les handicapés sont mal acceptés. " J'aimerais mieux qu'elles soient mortes ".

La mère : elle parle difficilement le français, ce qui facilite ses défenses lors de l'entretien ...

Matrone d'abord chaleureux, qui se dit très attachée à ses filles et pleure en disant qu'elle ne pourrait pas vivre loin d'elles, elle vient en fait peu dans le service (mais elle ne sait pas se déplacer seule) et s'occupe alors d'autres enfants que ses filles. Celles-ci, quand elle arrive, se précipitent sur son sac pour y trouver les friandises qu'elle apporte.

Nous n'avons pas de renseignements sur les relations familiales, apparemment très traditionnelles.

Pas d'antécédents organiques ou autres notables dans la famille.

+ + +

Observation des jumelles dans le service :

à l'entrée

Elles restent le plus souvent sur leur lit, paraissant aussi bien indifférentes l'une à l'autre qu'au monde qui les entoure, elles se balancent continuellement d'avant en arrière, rythmiquement. Elles se retournent pourtant à l'appel de leur prénom, saisissant parfois un objet ou un doigt qu'on déplace devant leur champ visuel.

Lila sourit quand on lui "évente" le visage avec la main et elle arrête alors de se balancer, note l'éducatrice. Elles sont toutes les deux énurétiques et encoprétiques. Elles ne mangent pas seules.

On note que Yasmina manifeste une grande angoisse lorsque le père revient, la première fois, en visite; Lila, elle, parait indifférente.

Quelques semaines après leur arrivée :

Elles se promènent dans les couloirs, Yasmina suivant Lila, d'une démarche anthropoïde en se balançant latéralement.

Lila parait plus éveillée que Yasmina qui imite comme une ombre ce que fait sa soeur. Yasmina porte tout à sa bouche ce que ne fait pas Lila. Souvent aussi, Yasmina reste allongée par terre, semblant, durant quelques minutes, complètement absente et sans tonus. Par ailleurs, Lila recherche plus que sa soeur le contact des adultes. Elle aime qu'on s'occupe d'elle.

Au décours de l'hospitalisation, d'enfants sauvages qu'elles étaient à l'arrivée,elles prennent, progressivement, l'allure de "petites filles". Lila est l'élément dominant du couple, toujours suivie de Yasmina, et s'attribuant les bonbons éventuels au grand désespoir de celle-ci qui se laisse faire.

Elles n'ont aucun contact avec les autres enfants du groupe et vont, d'elles-mêmes, peu vers l'adulte,mais elles aiment être maternées et manifestent alors une grande joie. Elles fixent un peu le regard, répondent à l'appel de leur nom, commencent à manger seules (elles sont d'ailleurs très boulimiques, l'une et l'autre), mais restent incontinentes. Les stéréotypies gestuelles persistent : elles frappent dans les mains, tapent sur la table, se balancent durant de longs moments.

Elles ne manifestent aucune angoisse quand on les sépare l'une de l'autre. Aucun signe de langage n'apparaît.

Mais si l'amélioration du comportement a été assez rapide durant les premières semaines,on assiste ensuite à une longue stagnation.

Sur le plan somatique :

. L'examen somatique est normal en dehors d'une hernie de la ligne blanche qu'elles présentent toutes les deux et de nombreux ganglions cervicaux.

A noter que, durant leur séjour, elles ont présenté simultanément la rubéole.

. Le FO pratiqué le 13/2/73 est normal pour l'une et l'autre.

. L'EEG, identique pour les deux, est "sans anomalies caractéristiques, mais un peu lent pour leur âge".

. Le caryotype est normal pour l'une et l'autre.

Sur le plan diagnostic de la zygotie :

Elles ont été vues en consultation le 28/3/73 par M. le Professeur LAFOURCADE qui a noté:

"La morphologie du visage, du pavillon, des malelons, des régions ombilicales, des extrêmités et des grands plis des mains, la couleur des iris, le comportement pathologique semblent identiques.

1° l'étude sommaire des dermatoglyphes n'est pas opposée au diagnostic de monozygotie. Il serait nécessaire de faire un enregistrement avec comptage des crêtes (ce qui paraît techniquement difficile),

2° on ne dispose d'aucune donnée obstétricale,

3° l'étude des groupes érythrocytaires, sériques et tissulaires ne peut être raisonnablement entreprise que si l'on a un échantillon de sang et de salive des deux parents (et de préférence des germains).

On ne peut donc conclure pour l'instant."

Les groupes sanguins:

Dr LALEYE - C.H.U. Pitié-Salpêtrière

Le 16/4/73 :

"Les résultats sont identiques pour les quinze systèmes antigèniques différents que nous avons recherchés. La probabilité pour que ces deux filles jumelles soient monozygotes est donc très élevée et selon les statistiques de RACE et SANGER dépasserait les 95% ".

Systèmes	YASMINA	LILA
ABO	B	B
Rh	DC ece	DC eee
P	P 1	P1
Lewis	le (a-)	le (a-)
Mn	M	M
Ss	ss	ss
Keel	K +	K +
Kidal	J ka +	J ka +
Duffy	Fy a+	Fy a+

En reprenant le résultat de l'étude des groupes sanguins, nous pouvons dire que la probabilité de la monozygotie est de 95% .

Il n'a, malheureusement, pas été possible de pratiquer l'étude des groupes sanguins des parents.

+ + +

Discussion

1°- Discussion diagnostique:

Le comportement de ces jumelles nous a amené à poser le diagnostic d'autisme infantile, si, comme le dit souvent M. le Professeur DUCHE : "on sent la psychose" ,l'expliciter et le justifié est plus ardu.

Ce qui frappe chez Lila et Yasmina est cette indifférence (apparente) au monde extérieur; elles semblent ignorer le monde qui les entoure, enfermées dans leur "monde à elles", repliées en elles-mêmes. Le contact avec les autres enfants est nul, et celui avec les adultes perturbé, il n'y a pas différenciation des personnes. Elles ne recherchent pas le contact mais, lorsque l'adulte vient vers elles, il s'établit alors un mode de relation très fusionnel, stéréotypé, sans communication vraie, ce qu'accentue l'évitement du regard si fréquent chez les psychotiques.

Les stéréotypies gestuelles,le comportement avec les objets, leur flairage, la boulimie, l'absence de langage, les troubles des sphincters ne font qu'ajouter des touches supplémentaires à ce tableau dont l'élément dominant reste l'autisme.

Cependant, devant l'amélioration rapide des premières semaines, contrastant avec la stagnation qui s'est ensuivie, nous avons pu nous poser le problème d'une arrièration mentale primitive. Retard mental sur lequel se seraient greffés des troubles psychotiques liés à la carence affective. L'évolution par rapport

à l'entrée correspondrait alors à l'amélioration de ces troubles grâce au maternage de l'équipe soignante. On peut en effet parler de carence affective : l'état dermatologique et capillaire de l'entrée laisse supposer la mauvaise qualité des soins dont elles étaient l'objet; par ailleurs,on se souvient qu'elles étaient isolées dans une chambre du pavillon familial.

En fait, le bouleversement affectif que n'a certainement pas manquer d'entraîner cette transposition brutale dans un monde nouveau où la façon de vivre, les personnes et le langage étaient différents peut expliquer l'importance de la régression qu'elles ont manifesté à l'entrée et l'amélioration qui a succédé quand elles se sont habituées à ce nouveau cadre.

Il est souvent difficile de départager ce qui revient à l'expression déficitaire d'une psychose et à la greffe d'éléments psychotiques sur une arriération. Mais ne convient-il pas de dépasser cette position? Comme l'écrit J.L. LANG:
"On ne peut opposer série déficitaire et série relationnelle: un déficit global s'accompagne toujours de troubles dans la relation, à soi-mˆeme, à autrui, et au monde. Tant sur le plan des fonctions (schéma corporel - langage ...) que sur celui de l'expression émotionnel et, dans le sens le plus large, sur celui des conduites ... un trouble fonctionnel déficitaire même électif peut entraîner une perturbation des premiers liens libidinaux et entraver le développement affectif, dont une organisation psychotique serait éventuellement l'expression".

Nous citerons également S. LEBOVICI qui écrit au sujet

de l'article publié J.L. LANG : "Nous rappellerons que si l'aspect essentiellement relationnel d'un syndrome peut fort bien masquer une étilogie organique, la découverte d'une organicité sert parfois d'alibi pour s'abstenir des études structurales de la genèse psychologique."

En tout cas, rappelons que, dans cette observation, on note un premier développement normal (tenue assise à 5 mois, marche à 18 mois).

[illegible] :

En ce qui concerne la psychogenèse, nous resterons très prudents et remarquerons simplement que l'élément organique invoqué par les parents ("l'abcès du cuir chevelu") pour expliquer le comportement actuel de leurs jumelles paraît bien [illegible] en regard de la gravité des troubles qu'elles présentent. Il n'y a en tout cas pas d'arguments en faveur d'un épisode méningitique sinon les convulsions qu'aurait présenté Yasmina; mais, la mère a précisé, par la suite, qu'en fait, les "convulsions" ne sont survenues qu'à l'âge de un an et demi.

On ne peut manquer d'être frappé par la froideur et l'indifférence affectivité des parents vis-à-vis de leurs filles dont la vue paraît remuer chez eux une profonde angoisse; mais, il est, là-aussi, difficile d'analyser ce qui, dans leur comportement, est primitif ou réactionnel aux troubles des jumelles. Les éléments qui pourrait nous aider à comprendre

la psychogenèse des troubles de Lila et Yasmina nous font défaut et vouloir aller plus loin serait nous engager dans des spéculations hasardeuses et malhonnêtes.

Quelle a été l'intervention du facteur gémellité dans l'expression des troubles ? Peut-être un élément favorisant du repliement sur elles-deux de Lila et Yasmina, donc un facteur aggravant, peut-être aussi positif dans la mesure où elles ont trouvé dans leur couple une protection contre le monde extérieur angoissant et dangereux.

Yasmina, nous l'avons vu, est plus gravement atteinte, plus profondément autistique; nous ne pouvons nous empêcher de faire le rapprochement avec le rejet de la mère, plus accentué envers elle qu'envers Lila. Elle a, dès le début, refusé son existence. Elle ne pouvait croire à un deuxième bébé et sa naissance, d'ailleurs, est passée inaperçue. Comme dans la plupart des observations publiées de cas de psychose gémellaire où l'un des jumeaux est plus atteint, Yasmina est la deuxième née (ce qui, pour la plupart des auteurs, laisse supposer une souffrance néo-natale plus importante pouvant en être la cause).

On rappellera aussi, pour mémoire, toute la symbolique dont sont entourées les naissances gémellaires, dans les sociétés primitives; ces naissances, inexplicables, sont considérées comme surnaturelles - le deuxième jumeau, en particulier, est considéré soit comme paré des plus grands prestiges, soit, au contraire, comme maléfique et redoutable.

\+ + +

Chapitre II

AUTRES OBSERVATIONS DU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTILE DE LA SALPETRIERE (PROFESSEUR DUCHE)

B A R B A R A et E L I S A B E T H

Ces deux jumelles, nées en 1950, ont été hospitalisées en 1960 dans le service de neuro-psychiatrie infantile de la Salpêtrière. Nous avons eu la chance de retrouver leur trace dans une publication récente dont nous ferons état.

Eléments biographiques :

Barbara et Elisabeth sont des jumelles hongroises dont la monozygotie a été établie par la méthode des groupes sanguins (CC Deee, M, Ss, P+, Kell -, Lewiw a- B+).

Elles sont nées à terme, par forceps. Leur cri a été immédiat. Le poids de naissance était de 2 kg 900. La grossesse avait déjà été ressentie péniblement par la mère qui présentait une albuminurie (elle ignorait qu'elle attendait des jumeaux), mais l'accouchement difficile et les complications des suites de couches - pyélonéphrite et phlébite qui ont nécessité une longue hospitalisation -, sont, sans doute, à l'origine du rejet immédiat de la mère pour ses deux filles.

" Elle les a haïes dès la naissance " dit le père. A son retour chez elle, quatre mois plus tard, elle ne pouvait pas supporter leur vue et les deux enfants ont été enfermées deux ans dans leur chambre sans que la mère les regarde (toujours, d'après les dires du mari).

Leur développement moteur a été normal :

. tenue assise : 5 - 6 mois,

. marche : 14 mois.

Le retard de langage est net : mutisme total jusqu'à cinq ans. Propres à trois ans et demi, elles redeviennent énurétiques et encoprétiques à cinq ans et demi.

Difficultés alimentaires : alimentation lactée tardive (jusqu'à trois ans).

Dès le neuvième mois, elles ont présenté des signes d'autisme : indifférence au bruit, désintérêt pour autrui, jeux de mains, balancements stéréotypés.

En fait, jusqu'à quatre ans, elles ont vécu pratiquement isolées du reste de la famille, confinées dans une pièce unique de la maison, délaissées par les parents et élevées par une bonne française (on parle hongrois dans le milieu familial) qui se contentait de les nourrir et de les habiller.

Mises au jardin d'enfants à cinq ans, elles n'ont aucun contact avec les autres, restent toujours ensemble, se parlant un langage apparenté au hongrois. Elles ne font aucun progrés, sont agitées et agressives. A huit ans, elles entrent à l'école d'où elles sont fréquemment renvoyées. Barbara apprend à lire, à calculer un peu, tandis que pour Elisabeth, les acquisitions sont nulles. Elles auraient alors été séparées, pour la première fois, Barbara ayant été admise durant un an dans un centre pédo-technique.

Le milieu familial :

Le père : né en 1920 (donc âgé de 40 ans lors de l'hospitalisation) est d'origine hongroise. Intelligent, il est d'un niveau socio-culturel élevé (sous-préfet puis ingénieur), il paraît équilibré. Cependant, la publication Toulousaine fait état d'une personnalité paranoïaque. Education critique et sans chaleur des jumelles.

la mère : née également en 1920, en Transylvanie. On note un comportement hystéroïde, mais des tendances dysphoriques et obsessionnelles (rites de lavage). Son rejet est plus manifeste envers Elisabeth.

Elle est encore très fixée à son fils décédé en 1955 d'une maladie de LITTLE.

la grand-mère maternelle : vit au foyer; "son attitude renforce la protection hostile de la mère et le dressage mécanique du père. Elle inclut des conduites contradictoires par son rejet préférentiel pour Elisabeth d'abord, pour Barbara ensuite".

la soeur aînée : née en 1948, rigoriste, autoritaire, s'est peu occupée des jumelles.

le frère cadet : né en 1952. La publication Toulousaine (1972), nous apprend qu'étudiant en biologie, il est en cure analytique pour troubles névrotiques.

un garçon né en 1949, c'est-à-dire un an avant les jumelles, est décédé en 1955, atteint d'une maladie de LITTLE. (nous notons que c'est à cette même période que les jumelles sont redevenues énurétiques et encoprétiques)

Observation du service : du 5 janvier 1960 au 2 juillet 1960.

Il est écrit que les deux enfants présentent un tableau fait de maniérismes, tics, agitation incessante, bizarerie, rires immotivés, acrobaties, avec des connivences entre elles inattendues. Elles communiquent l'une et l'autre par une cryptophasie apparentée au hongrois, mêlée de quelques mots de français; mais aussi, par des signes particuliers qu'elles sont seules à comprendre.

Les troubles sont plus accentués chez Elisabeth qui est parfois plus amorphe, plus opposante et capricieuse que Barbara. Cette dernière est le guide du couple; Elisabeth copie sa soeur et se laisse diriger avec docilité.

Elles ont été séparées dans le service, ce qui n'a entraîné aucun progrés. Elles ont conservé leur instabilité et leurs stéréotypies.

Au cours de l'hospitalisation, les visites du père ont été très rares; la mère, elle, n'est jamais venue.

Au point de vue somatique :

L'examen neurologique est normal; les F.O. sont normaux;

les tracés E E G sont sans anomalies.

Tests de Q.I. :

au Borelli, Barbara a obtenu un résultat compris entre 8,6 et 9 (âge réèl 9,1), Elisabeth de 8,3.

Evolution ultérieure :

Publication de la clinique psychiatrique universitaire Hopital de la Grêve, Toulouse - 1972 -, les jumelles ont alors 12 ans.

Leur éducation scolaire a finalement été confiée à une infirmière sourde, autoritaire et sans chaleur.

"Barbara acquiert un langage et une activité gestuelle assez bien adaptée. Elisabeth est plus profondément autistique. Leur évolution différente s'affirme progressivement, mais elles restent très proche l'une de l'autre... Elisabeth présente, de plus, des crises d'agressivité assez impressionnantes et, en 1971, elle est hospitalisée dans le service. Barbara reste dans sa famille et est admise dans un atelier protégé".

En 1972, le tableau clinique des deux jumelles est très différent. Elisabeth se présente dans un tableau psychotique pseudo-déficitaire : apragmatisme, refus de relation, déambulations stéréotypées, activité gestuelle pseudo-dyspraxique. Intrigué au niveau de son identité : " C'est Barbara qui parle... moi je suis Elisabeth ".

Barbara, elle, vit dans sa famille (qui a totalement abandonné Elizabeth), allant en atelier protégé : travail de couture et de ménage. Cependant, les stéréotypies gestuelles persistent ainsi que des perturbations linguistiques et du langage en tant que communication.

M. GAYRAL et ses collaborateurs se sont penchés sur l'étude des thèmes linguistiques du langage de Barbara. Ils en concluent que "tous les thèmes linguistiques étudiés montrent le parallèlisme très étroit entre le clivage existant entre le sens et le contenu de la communication d'une part et le clivage et l'ambivalence du MOI psychotique d'autre part. Ils illustrent l'un des mécanismes psychodynamiques essentiels de la structuration psychotique, l'identification projective (M. KLEIN - LEBOVICI). Les mots de Barbara montrent combien " l'accession à l'omnipotence " (WINNICOTT) de l'être et de ses moyens de communication ont été mis en échec ".

Commentaires :

Cette observation est assez exemplaire et même presque caricaturale; on y retrouve la majorité des facteurs invoqués par les différents auteurs dans la psychogénèse de l'autisme.

S'il n'y a pas vraiment maladie mentale chez les membres de cette famille, au moins sur trois générations, on note une organisation morbide de la personnalité chez chacun des sujets examinés (cf. ci-dessus "milieu familial").

On retrouve comme chez les parents de psychotiques souvent décrits :

- une mère agressive, ambivalente, rejetante.
  (cf. L. DESPERT)
- un père de niveau intellectuel ou culturel élevé, froid, critique, mécanisant les relations humaines.
  (cf. KANNER)

Quant à la première enfance des jumelles : rejet dès la naissance, manque de soins maternels précoces appropriés, qui ont abouti au refuge dans une symbiose avec néocommunications " coexistant avec une sorte de coalition familiale, rigide, stéréotypée, persécutoire " (GAYRAL).

Après cette période d'autisme à deux où elles présentent une pathologie presque identique, nous avons vu que leur évolution avait été quelque peu différente l'une de l'autre. Il serait certes intéressant de rechercher quels facteurs ont influé dans cette divergence : le rejet familial moins accentué pour Barbara, par exemple ?...

On peut s'interroger aussi sur la place qu'occupaient les jumelles dans la problématique familiale; pourquoi est-ce que ce sont elles qui sont devenues psychotiques ? Dans quel réseau de communications confuses, contradictoires, se sont-elles trouvées prises ? Où est le malaise familial ? Peut-être le frère malade est-il un élément de la réponse ... En tout cas, Elizabeth semble y avoir perdu son identité : " C'est Barbara qui parle " dit-elle...

Les réflexions sur l'influence de la gémellité dans le développement de leurs symptômes sont les mêmes que celles tirées de la première observation.

M A R I E - J O S E P H E

Nées en 1965, Marie-Josèphe et Hélène sont deux jumelles dizygotes. Seule, Marie-Josèphe a été hospitalisée dans le service en 1971.

Eléments biographiques :

Durant la grossesse, la mère a présenté une albuminurie. La grossesse gémellaire n'a pas été diagnostiquée mais il semble que le fait ait été bien accepté.

L'accouchement a été difficile, une heure après la première jumelle, Marie-Josèphe a dû être réanimée. Son poids de naissance était de 2 Kg 100; elle est restée plus d'un mois au centre de prématurés jusqu'à ce que son poids atteigne 2,8 Kg.

Jusqu'à six mois, son développement a été normal et même plus précoce que celui de sa jumelle. A six mois, elle présente un début de toxicose et une double otite. A sept mois, Marie-Josèphe fait des convulsions et l'on diagnostique un syndrome de WEST qui est traité.

A partir de ce moment-là, on note une régression : d'affectueuse, elle semble être devenue indifférente. Cependant, jusqu'à l'âge de quatre ans, son comportement paraît adapté, bien qu'elle présente un retard global.

La marche est acquise à 21 mois. Les premiers mots

apparaissent à 3 ans, les premières phrases à trois ans et demi. La propreté est acquise à trois ans.

En 1969, elle subit une amygdalectomie, fait un choc opératoire et les troubles psychiques dans leur forme actuelle semblent avoir débuté à cette date. Jusqu'en décembre 1970, les troubles du sommeil sont constants. Marie-Josèphe présente de plus des rythmies d'endormissement.

Milieu familial :

père : 31 ans, agent technique.

mère : 32 ans, sans profession, très chaleureuse.

la soeur jumelle : ne présente aucun trouble, bonne élève.

une soeur de 13 mois.

Il n'y a rien à signaler de particulier dans le milieu familial. Les parents ne sont pas rejetants. La mère, très chaleureuse est désarmée; elle ne sait plus quelle attitude adopter vis-à-vis de sa fille.

Comportement dans le service :

A l'arrivée, Marie-Josèphe reste isolée. Elle ne présente aucune activité spontanée, reste des heures immobile, se balance, le regard dans le vide, se promène en faisant des mouvements de battement d'aile avec les bras.

Les tentatives de contact de l'adulte déclenchent l'anxiété ou, parfois, des pleurs; il y a souvent une rupture subite du contact ébauché. Elle pleure et rit de façon immotivée, utilise les objets de manière inadaptée. Elle présente aussi des conduites auto-agressives : elle s'arrache les cheveux.

Son vocabulaire est pauvre; stéréotypies verbales, absence d'organisation syntaxique. Le timbre de sa voix est assez rauque. Elle n'utilise pas le "Je".

Son objet préféré est une poupée.

Son évolution, dans le service, est très favorable. (prise en charge sous forme de maternage + modécate retard) Elle connait vite chaque personne par le nom ou le prénom. Elle s'intéresse à ce qui se passe, est au courant de toutes les activités du service. Dès le 3e mois, l'écholalie diminue, le langage devient instrument de communication, elle parle de sa famille; mais le " Je " n'est toujours pas utilisé. Elle répète inlassablement " Tu seras belle ", se regarde souvent dans la glace en se faisant des grimaces. Elle est plus calme, les conduites auto-agressives ont disparu.

Examens complémentaires :

E E G : tracé dans les limites de la normale.

FO : normal.

Encéphalographie gazeuse : déviation du septum. Discrète dilatation de la partie antérieure du septum.

Commentaires :

Il s'agit de l'observation de jumelles dizygotes dont l'une seule présente une psychose infantile. Il faut noter l'importance des facteurs organiques : anoxie post-natale, syndrome de WEST, choc opératoire après amygdalectomie et nous pouvons nous interroger sur leurs rôles respectifs dans la survenue des troubles présentés par Marie-Josèphe. Signalons que KOLVIN a relevé dans 10% des cas d'autisme qu'il a étudiés une maladie des spasmes en flexion.

Les parents ont noté le début des troubles dans leur forme actuelle à quatre ans, après le choc opératoire de l'amygdalectomie. Mais, à notre avis, la symbolique angoissante de l'amygdalectomie a sans doute été plus agissante que le choc anesthésique en lui-même.

+ + +

M I C H E L et P A T R I C K

Nés en 1950, Michel et Patrick sont hospitalisés en 1956, dans le service de psychiatrie infantile de la Salpêtrière. La monozygotie n'est pas prouvée puisque les groupes sanguins n'ont pas été faits. On a cependant la notion d'un placenta unique; de plus, leur ressemblance très grande fait présumer la monozygotie.

Eléments biographiques :

. grossesse normale,

. accouchement prématuré à sept mois : Patrick, premier né, a un poids de naissance de 1 Kg 900. Michel, né par forceps, pesait 1 Kg 400. Pour la mère, Patrick a toujours été "le gros" et Michel, "le petit".

. allaitement artificiel,

. développement psychomoteur identique pour les deux :

marche à 22 mois,

premiers mots vers deux ans et demi - trois ans,

propreté acquise à trois ans.

. Patrick a fait quatre crises convulsives entre deux et cinq ans. Ils ont toujours été considérés comme nerveux et "retardés" ; vers quatre ans, ils crient beaucoup et se balancent.

. Plusieurs placements, pour lesquels sont invoquées des raisons de santé : à quatre ans, ils sont placés en maison sanitaire trois mois, chacun dans un établissement différent.

A cinq ans, nouveau placement, six mois, tous les deux à Méris. A sept ans, ils sont envoyés à Sées, l'un, Michel est chez les "cardiaques" (il a présenté un rhumatisme articulaire aigu lors du précédent placement), l'autre, Patrick, chez les "nerveux". A dix ans, Michel part seul, un mois et demi, en colonie sanitaire, Patrick reste à la maison.

Milieu familial :

père : 39 ans, polisseur. Antécédents : convulsions dans l'enfance. C'est un homme très impulsif, en particulier, il aurait voulu tuer sa femme devant les enfants.

mère : 36 ans, est très nerveuse depuis la naissance des enfants.

fratrie : un demi-frère de 14 ans (fils de la mère), rien à signaler. Une soeur de 3 ans et demi : " nerveuse ", qui présente des spasmes de la glotte.

Première hospitalisation :

Lors de l'hospitalisation, Michel vient d'être renvoyé du C.E.2, Patrick est en C.M. 1 où il se trouve en queue de classe. Lorsqu'ils sont chez leurs parents, ils veulent rester seuls, présentent souvent des colères immotivées durant lesquelles ils se tapent la tête (quand l'un commence, l'autre suit). Michel s'arrache les cheveux.

Patrick, l' "électricien", fait des montages durant des heures et soliloque abondamment.

Michel, lui, est le "médecin", il s'amuse avec des seringues et des pansements.

Ils ont tous les deux voulu mourir, Michel par imitation : Patrick qui se sentait la tête de turc des copains, s'est plongé la tête dans une fontaine pour attraper une pneumonie, Michel s'est frotté les poignets contre un rebord tranchant. On note que Michel présente "des troubles du comportement de type pré-psychotique avec grave débilité caractérielle et émotive". Il s'isole du monde extérieur pour jouer "au laboratoire". Il est très opposant envers sa famille. Patrick présente des troubles du comportement un peu moins accusés, mais a des colères fréquentes et peu motivées. Il ne s'intéresse qu'au bricolage et à l'électricité.

Examens complémentaires :

Patrick :

E E G : quelques signes de souffrance paroxystique sous hyperpnée, sans signes typiques de comitialité.

FO : bord nasal flou.

Q.I. au WISC : QIV = 87, QIP = 83, QI = 83.

Michel : ? ...

Deuxième hospitalisation :

a lieu deux ans plus tard.

Patrick et Michel communiquent entre eux par un langage particulier.

Patrick, qui est très intéressé par la psychiatrie, est halluciné; il présente des attitudes d'écoute, des voix lui disent : "Tue", son discours est incohérent, son comportement gestuel montre des stéréotypies. Son état est jugé dangereux envers les autres et envers lui-même. Il sera transféré en hôpital psychiatrique; lors de ce deuxième séjour, il est simplement noté que Michel est plus calme.

Commentaires :

Il s'agit de deux jumeaux dont la monozygotie, bien que présumée, n'a pas été démontrée. Si dans l'enfance le tableau clinique est presque identique, la divergence se fait sentir à l'adolescence où Patrick évolue vers un état schizophrénique avec délire et hallucinations auditives.

L'observation étant assez succinte, nous avons peu de détails sur le couple de jumeaux lui-même et nous ne savons pas lequel était, dans ce couple de jumeaux, le "guide".

Il est intéressant de noter qu'à l'encontre des observations en général, Michel paraît le moins atteint alors qu'il s'agit du second né et celui qui a souffert le plus de l'accouchement.

Il est possible aussi que ces troubles s'expriment sur un mode déficitaire et moins agressif que Patrick, mais ce pourrait être la marque d'un enkystement des troubles et donc un élément plus péjoratif dans le pronostic évolutif.

+ + +

J E A N et J A C Q U E S

Nés en 1955, Jean et Jacques sont deux jumeaux dizygotes (Jacques est O+, Jean est A+), hospitalisés dans le service en 1960, c'est-à-dire à cinq ans.

Eléments biographiques :

. grossesse : hémorragie à partir du neuvième mois,

. l'accouchement a été pratiqué par forceps, la mère étant anesthésiée. Jacques est né le premier avec un poids de 3 Kg 300. Réanimation. Jean est né dix minutes après, 2 Kg 900, réanimé, plus une nuit en couveuse.

. sevrage : trois mois, placés en nourrice.

. premier développement : la mère ne se rappelle pas beaucoup. Ils ont marché vers deux ans et demi.

La mère les a gardés jusqu'à 18 mois, puis les a placés un an dans un établissement pour débiles; elles les reprend et ensuite les confie deux ans à l'amie de son mari.

. Propreté acquise en 1961.

Milieu familial :

mère : 28 ans, serveuse,

l'amie du père : 27 ans, préparatrice en pharmacie, les considère comme ses enfants.

père : 28 ans, boucher.

Le milieu familial est très perturbé; ils vivent avec le père et la belle-mère qui fait battre la mère par le mari. La mère a été mise à la porte quand les jumeaux avaient 18 mois.

. une soeur de six ans, qui ne pose pas de problèmes.

Dans le service :

Ils s'expriment par des bruits incompréhensibles, ne jouent pas, restent seuls, s'ignorent l'un et l'autre, se balancent continuellement, ne mangent pas seuls.

Jean est le plus agité; agressif, il bat son frère, il est aussi le plus éveillé.

Examens complémentaires :

[illegible] : FO : normal,

Rx crâne : normales,

E E G : normal,

Eº gazeuse : sensiblement normale, atrophie prédominant dans la région frontale.

QI = 23 au BRUNET-LEZINE.

Jacques : FO : normal,

E E G : normal,

Eº gazeuse : sensiblement normale, sillons très injectés - atrophie certaine.

QI = 25 au BRUNET-LEZINE.

REMARQUE :

Nous avons retrouvé ces deux jumeaux en 1974. Ils sont depuis 1961, dans le service de psychiatrie infantile de M. le Professeur BENOIT à Perray-Vaucluse.

Depuis leur entrée, ils ont été séparés, ce qui ne paraît pas les avoir affecté l'un et l'autre. Ils ne se reconnaissent pas quand ils se voient.

Le tableau clinique reste très proche, Jean restant le plus éveillé. Ils se présentent de façon toujours autiste et déficitaire. Ils ont acquis l' n et l'autre une certaine autonomie : ils mangent seuls, sont propres. Jacques manifeste de l'anxiété lorsqu'on s'approche de lui et est facilement autoagressif. Jean, très autiste, réclame plus le contact corporel, joue seul avec des papiers.

Commentaires :

Ces deux jumeaux dizygotes, dont le tableau clinique évoque une forme grave de l'autisme; à l'âge de cinq ans, ils ont évolué vers un syndrome déficitaire. Là aussi, on peut discuter le problème d'une éventuelle arriération primitive ou secondaire.

Il faut noter aussi l'anoxie de la naissance.

\+ + +

CONCLUSIONS TIREES DES OBSERVATIONS DU SERVICE :

Nous avons étudié deux paires de jumelles dont la monozygotie est pratiquement prouvée et qui sont concordantes pour la psychose. Avec, dans chacune des paires, quelques variabilités dans le tableau clinique chez l'une ou l'autre des jumelles, la jumelle la mieux adaptée étant l'élément dominant du couple.

Deux paires de jumeaux dizygotes dont l'une féminine est discordante mais avec un élément organique chez la jumelle atteinte, (Syndrome de WEST); l'autre paire masculine est concordante pour la psychose.

Enfin, une cinquième paire de jumeaux garçons vus à douze ans, concordants pour la psychose mais chez lesquels la monozygotie suspectée n'a pas été prouvée.

Ces résultats corroborent les études antérieures que nous résumerons plus loin.

Nous voudrions faire, d'abord, un bref rappel sur la notion de psychose infantile afin de mieux cerner ce concept. Car, nous venons de le voir après l'étude de ces cinq observations, le tableau clinique, l'expression des troubles psychotiques sont très polymorphes et ceci explique, en partie, la difficulté qu'il y a à comparer et à utiliser certains travaux statistiques.

\+ + +

Chapitre III

RAPPEL SUR LA NOTION D ' AUTISME ET DE PSYCHOSE INFANTILE. DONNEES ETIOPATHOGENIQUES.

RAPPEL SUR LA NOTION D' AUTISME ET DE PSYCHOSE INFANTILE

Historique :

Pendant longtemps les auteurs ont estimé que la folie n'existait pas chez l'enfant, même si MOREAU DE TOURS (1883) en faisait une description clinique dans son "traité sur la folie de l'Enfant". En 1899, KRAEPLIN individualise la démence précoce, [illegible] décrit un article sur les psychoses de l'enfant. En 1906, SANTE DE SANCTIS décrit "La démence précocissime", il affirme chez l'enfant, l'existence de psychoses comparables à celles de l'adulte et publie, en 1908, l'observation d'un enfant de trois ans. A cette même date, HELLER décrit la démentia infantilis indépendante, selon lui, des entités déjà connues. La notion de schizophrénie infantile va s'affirmer (POTTER, 1933 - EUTEL, 1937 - CORBOZ - BENDER - HEUYER). L. DESPERT (1938) met au premier plan le trouble affectif, il n'y a pas seulement régression mais création d'un mode de pensée nouveau.

En 1943, KANNER décrit l' "early infantile autism", forme clinique de la schizophrénie infantile et qui comporte deux troubles primaires : l'isolement autistique, le besoin d'immuabilité.

Avec DESPERT, KANNER, BENDER ou MAHLER on n'essaie plus de décrire des maladies superposables à celles de l'adulte, mais on s'efforce de dégager "le sens des perturbations relationnelles interprétées dans une perspective dynamique et réinsérée dans une histoire où l'analyse de la relation parent-enfant ap-

paraît souvent essentielle."

L'apport de la Psychanalyse (A. FREUD - M. KLEIN - WINNICOTT - DIATKINE - LEBOVICI - etc...) apparaît essentiel dans l'approfondissement du concept ; c'est, pour l'instant, le dernier stade de l'histoire de la psychose infantile.

Le terme de psychose a progressivement remplacé celui de schizophrénie que certains auteurs continuent d'employer ce qui entraîne, là-aussi, une certaine confusion des termes et une difficulté supplémentaire dans l'interprétation des résultats statistiques que nous évoquerons plus loin.

Etiopathogénie :

Les polémiques sont encore très actives entre les partisans de l'organogénèse et ceux de la psychogénèse, querelles qui nous paraissent pourtant dépassées.

Facteurs organiques :

- rôle de l'hérédité : nous en reparlerons de façon plus détaillée.

- rôle des antécédents pathologiques organiques :

la grossesse est jugée anormale dans moins de 15 % des cas ; l'accouchement est dystocique dans 50 % des cas pour CLARAMUNT LOPEZ, 15 % pour FLAVIGNY, prématurité dans 5% des cas.

On note des antécédents convulsifs précoces : 20 % des cas pour M. DUCHE. D'autre part, les maladies infectieuses (toxicoses -otites - rhinopharyngites) sont relevées avec une particulière fréquence.

Dans les cinq cas que nous avons présentés, nous relevons :

- dans deux cas une grossesse difficile avec albuminurie,
- dans trois cas, des difficultés à l'accouchement :

  prématurité

  réanimation dans un cas

  anoxie néonatale avec réanimation dans un cas

  forceps dans deux cas

- des épisodes infectieux ou organiques intercurrents dans deux cas.

La recherche sur les troubles éventuels de la chimie moléculaire du fonctionnement cérébral ouvrent sûrement une voie nouvelle, mais, même si un trouble du métabolisme peut être découvert, comment prouver qu'il est primaire ou secondaire ?

Facteurs psychologiques :

Les théories des écoles psychanalytiques amènent un facteur dynamique dans la compréhension des psychoses. Elles se sont intéressées surtout au problème de la perturbation de la communication. Quels sont les facteurs du milieu qui peuvent entraîner une mauvaise qualité de communication ?

Les parents :

Leur personnalité a été l'objet de nombreuses études. Pour KANNER, ceux-ci étaient généralement d'un milieu culturel et socio-culturel élevé ce qui est maintenant contredit par

l'expérience et n'était sans doute qu'un reflet de sa clientèle personnelle.

" La mécanisation et l'obsessionalisation " des relations chez ses parents sont un de leurs caractères le plus frappant, pour KANNER. " La réfrigération affective a été le lot de tous les enfants autistiques " notent KANNER et EISENBERG (cités par BETTELHEIM).

La bonne qualité des premières relations entre le bébé et sa mère apparaît primordiale pour une bonne structuration psychique de l'enfant. " C'est la mère qui établit la santé mentale de l'enfant pendant la période où elle se préoccupe de soins à donner à son nourrisson " (WINNICOTT).

Si l'enfant ne peut dépasser la position où la mère, non encore reconnue, est investie de sentiments contradictoires, ambivalents, il continue de vivre dans cette ambiance où le monde extérieur est vécu comme persécuteur et dangereux (cf. KLEIN). L'autisme serait un moyen de défense contre ce danger.

Aussi est-ce la personnalité des mères de psychotiques qui a été étudiée par le plus grand nombre d'auteurs.

L. DESPERT, en 1951, décrit ces mères comme agressives, hyperprotectrices, anxieuses, ambivalentes. LORDI, en 1964, met en évidence le besoin de s'approprier l'enfant pour combler un sentiment d'intense frustration dans leur vie, ainsi qu'un désir d'anihilation de l'enfant.

GOLDFARB et MEYERS parlent du "désarroi parental" : il y a impossibilité pour les parents à percevoir les besoins de

l'enfant. GOSHEN insiste sur l'action défavorable de ces mères qui n'apportent à l'enfant que des soins mécaniques, consciencieux et n'arrivent pas à le stimuler, à provoquer chez lui des si [illegible] réponses.

Certains auteurs (DUCHE - LEBOVICI - DIATKINE) pensent qu'on a exagéré la valeur pathogène des communications contradictoires que la mère fournit à son bébé, et qu'il faut penser aussi que la mère doit se défendre contre cette " blessure " que représente un enfant psychotique.

La personnalité des pères a suscité moins de littérature. EISENBERG décrit des pères dont la vie professionnelle empiète souvent sur la vie familiale et n'ayant des enfants que par accident ou pour avoir le titre de père. GERARD et SIEGAL insistent sur le contraste entre un père pssif et faible et une mère dominatrice et surprotectrice. A. GREEN insiste sur l'annulation opérative du rôle de père (cf. les thèses de LACAN sur la forclusion du nom du père).

Au delà du rôle des parents, des études portent de plus en plus sur la structure des groupes socio-familieux et le rôle des communications à l'intérieur du groupe familial :

nous citerons la recherche de l'école de PALO ALTO avec la mise en évidence du " double lien " (BATESON) : un premier ordre négatif entretenu par des sanctions est suivi d'un second ordre en contradiction avec le premier et exprimé à un niveau plus abstrait. Ce " double lien " n'est pas limité à la relation mère-enfant mais dépend de la connivence des membres

de la famille (importance des grands parents).

LIDZ décrit la désorganisation dynamique des familles de schizophrènes et en particulier la rupture de la frontière entre générations. Il insiste sur l'utilisation de l'enfant pour compléter la vie d'un des parents ou maintenir le lien conjugal, et sur l'incapacité du parent du même sexe à fournir une image d'identification valable.

WYNNE parle de la " pseudo mutualité " de ces familles où il est nécessaire que l'un des membres soit psychotique pour maintenir l'unité et l'équilibre de la famille.

Certains auteurs (BOWEN, en particulier), s'accordent à penser qu'il faut au moins trois générations pour faire un psychotique. Il faut " deux générations de grands-parents et parents névrosés dans la génétique du sujet, pour qu'il soit psychotique. Il faut que l'un des géniteurs du sujet ait eu une lacune de structure pré-oedipienne ou oedipienne de la libido à un des stades de son évolution, et qu'il ait rencontré dans la structure inconsciente de son conjoint un manque analogue, venant chez lui aussi d'au moins d'un de ses parents " (DOLTO).

+ + +

LES THEORIES SUR LA PSYCHOSE

Les théories sont le reflet des données étiologiques que nous venons d'énumérer :

. des théories organo-génétiques simples,

aux théories réactionnelles

en passant par les théories où le rôle du terrain et le rôle des troubles relationnels sont intriqués.

Il ne nous est pas possible, ici, d'exposer en particulier les différentes théories psychanalytiques sur la génèse de la psychose, cela demanderait un trop long développement alors que ce n'est pas le thème de ce travail.

+ + +

FORMES CLINIQUES DE LA PSYCHOSE INFANTILE

Comme nous l'avons écrit plus haut, l'extrême polymorphisme de la clinique et le fait qu'aucune structure psychotique n'est semblable à une autre, rendent difficile toute classification. Nous reprenons celle de R. MISES présentée au Colloque de l'organisation Mondiale de la Santé, sur la nosographie en psychiatrie infantile de 1968.

A. Les psychoses précoces

- les psychoses autistiques , dont le trait clinique principal est l'autisme, caractérisé par un repli de l'enfant sur lui-même avec désintérêt total à l'environnement. Les troubles du langage sont constants avec parfois mutisme complet. L'aménagement de l'espace est caractérisé par le besoin incoercible d'établir et de maintenir des repères. Les stéréotypies gestuelles et les rituels sont presque constants. Les capacités perceptivo-motrices paraissent intactes.

- les psychoses déficitaires , dont le diagnostic différentiel avec l'arriération mentale peut être difficile du fait des interactions et des formes de passage entre structures déficitaires et psychoses.

Les principaux aspects cliniques sont :

. les formes centrales d'évolution progressive avec intrication étroite des troubles relationnels de la série psychotique et de la symptomatologie déficitaire.

. les formes précocément fixées où le déficit reste au premier plan.

. les formes à versant psychotique prévalent sur fond encéphalopathique.

. les formes à expression psychotique tardive.

- Les distorsions psychotiques précoces de la personnalité , elles se différencient de l'autisme par leur extériorisation plus tardive, le maintien du contact avec autrui, contact pathologique, partiel et intermittent. On regroupe parfois ces syndromes en fonction de la symptomatologie dominante : formes à type d'inhibition psychique ou d'excitation psychique, ou par référence à un mécanisme psychopathologique commun : psychose symbiotique de MALHER, par exemple.

B. Les psychoses de la phase de latence

Il est difficile d'individualiser des syndromes ordonnés. Ce chapitre réunit " des psychoses qui tirent leur originalité par opposition aux psychoses précoces du fait que l'enfant est parvenu à élaborer sinon à maîtriser des moyens d'expression et de communication évolués notamment sur le plan du langage " (R. MISES).

Elles comprennent des formes où le trait dominant est un syndrome d'inhibition-dépression, d'autres où dominent l'instabilité et l'excitation psychique, certaines encore, par le mode particulier d'expression et d'élaboration des fantasmes, peuvent

poser le problème du délire chez l'enfant ; on peut y retrouver aussi des manifestations anxieuses et caractérielles, des troubles déficitaires, des troubles du langage.

+ + +

La psychose de l'enfant peut, mais pas toujours, évoluer vers la schizophrénie à l'âge adulte. En fait, il est exceptionnel qu'elle poursuive une évolution vers la schizophrénie dans sa forme centrale. Elle réalise plutôt " des états post-psychotiques ayant perdu leur pouvoir évolutif " (R. MISES).

S. LEBOVICI a proposé une classification à propos de cas longtemps suivis :

" 1. Les cas d'autisme évoluent soit vers la persistance de l'état initial, en apparence arelationnel, soit vers l'apparition de relations objectales tardives et atypiques où l'on peut observer tous les bouleversements de l'évolution du langage, bizarre et asyntaxique.

2. D'autres cas évoluent vers le tableau de la psychose infantile traitée qui conduit rarement à la psychose typique de l'adulte, mais plutôt à l'organisation de formes oligophréniques ou à une névrotisation qui laisse peu de place à un fonctionnement mental souple."

Faut-il faire de la schizophrénie et de la psychose de l'enfant deux entités cliniques bien distinctes ?

SPOERRY a montré que l'enfance de patients schizo-

phrènes est souvent perturbée et que, dans bien des cas, ils auraient pu être suivis dans des consultations de psychiatrie infantile.

En fait, la confusion des termes est fréquente dans les travaux que nous avons recherchés sur la psychose gémellaire, et comme nous avons le sentiment que le mécanisme psychopathologique ne ne doit pas être très différent pour l'une et l'autre (même si le déclenchement de la maladie dans le temps et son évolution sont différents), nous ferons état des résultats des études portant sur les jumeaux schizophrènes.

+ + +

Chapitre IV

APPORT DES ETUDES GENETIQUES

REVUE DE LA LITTERATURE

APPORT DES ETUDES GENETIQUES

Nous reviendrons brièvement sur la méthode, dite méthode des jumeaux, qui, pour certains devait apporter la solution à l'énigme des origines de la psychose ...

Imaginée par GALTON (1876), cousin de DARWIN, cette méthode, séduisante en théorie, est, en fait, bien peu démonstrative dans la pratique psychiatrique.

PRINCIPE DE LA METHODE

le principe en est simple : les différences qui séparent deux individus possédant le même patrimoine héréditaire sont dues, nécessairement à l'influence du milieu extérieur. Ainsi, chez les jumeaux monozygotes qui sont issus d'un même ovule et d'un même spermatozoïde, les caractères discordants relèveraient de l'influence du milieu.

En fait, on pourrait dire qu'il existe trois sortes de maladies :

- celles dues à une agression extérieure (virus, etc.)
- celles dues à la constitution (anomalies métaboliques, par exemple),
- et celles, les plus nombreuses, où les deux sont intriquées, le plus difficile étant alors de faire la part de ce qui revient à la constitution ou au milieu.

Or, si l'on admet que le milieu ou "environnement", au sens général du terme (c'est-à-dire signifiant aussi bien les agressions somatiques : traumatismes per-, pré- ou post-natals, affections microbiennes, etc... que l'environnement "psychologique" : contexte familial, socioculturel, etc.) est approximativement identique pour deux jumeaux, monozygotes ou dizygotes, élevés ensemble ; la différence de concordance d'un symptôme donné pour ces deux types de jumeaux, monozygotes ou dizygotes, ne pourrait provenir que des différences de degrés dans la similitude génétique. Mesurer statistiquement la différence de concordance dans la survenue d'un symptôme donné chez les jumeaux dizygotes et monozygotes permettrait une évaluation de la part génétique dans l'étiologie de ce symptôme.

DISCUSSION

Cette méthode est, en fait, sujette à critiques :

1° - Le postulat initial est qu'il existe seulement deux sortes de jumeaux :

- les jumeaux monozygotes, dits "vrais" jumeaux ou jumeaux identiques, issus d'un seul ovule et d'un seul spermatozoïde, l'oeuf formé s'étant divisé en deux,

- les jumeaux dizygotes provenant de deux oeufs différents, leur patrimoine génétique est aussi différent que ceux des membres d'une même fratrie.

On peut, cependant, formuler d'autres hypothèses :

- l'une serait la possibilité d'un troisième type de jumeaux, jumeaux qui seraient issus d'un même ovule fertilisé après division, par deux spermatozoïdes différents. Ceux-ci se placeraient entre les deux catégories précédentes.

- une autre hypothèse est celle de l'influence cytoplasmique dans l'hérédité. Une inégale distribution du cytoplasme dans les deux moitiés de l'oeuf pourrait être à l'origine de différences entre les deux jumeaux, même si le matériel chromosomique se répartit de façon identique.

- enfin, une troisième hypothèse est celle de mutations postérieures à la division de l'oeuf.

2° - Le second postulat est que l'environnement de deux jumeaux élevés ensemble est à peu près identique.

C'est une appréciation forcément grossière : l'entourage ne réagit pas "identiquement" face aux jumeaux. Par exemple, le plus gros à la naissance est souvent étiqueté comme le plus résistant et, l'attitude de l'entourage sera plus protectrice envers le plus faible, etc.

Par ailleurs, il est établi que l'environnement des jumeaux monozygotes est différent de celui des dizygotes, même s'ils sont élevés ensemble. Les couples de jumeaux monozygotes présentent des caractéristiques spécifiquement liées à leur situation gémellaire. Les monozygotes ont moins souvent l'expérience de séparation que les dizygotes ; ils sont élevés plus

"semblablement". Mais aussi, la confrontation permanente avec leur propre image réfléchie peut tendre à développer et grossir des points de similitudes (processus d'identification mutuelle. Cf. "Folie à deux"); d'un autre côté, leurs personnalités tendent à diverger, chacun étant assigné d'un rôle spécial (dominance - soumission) et chacun développant une relation différente avec les personnes de l'entourage.

"La gémellité, écrit ZAZZO, qui a longuement étudié l'individuation des jumeaux monozygotes, confère des caractéristiques spéciales non seulement au couple en tant que tel, mais aux partenaires qui forment ce couple", si bien qu'ils ne peuvent être comparés à la population générale.

"Ils administrent la preuve que les facteurs d'hérédité et les facteurs de milieu, tels qu'on les définit habituellement, ne suffisent pas à rendre compte de la génèse d'une personnalité ; et ils sont les seuls individus à pouvoir administrer la preuve de cette affirmation d'une portée très générale."

C'est ainsi que, du fait des processus d'identification mutuelle, on pourrait expliquer la concordance plus grande chez les jumeaux monozygotes ou les jumeaux dizygotes de même sexe, par rapport aux jumeaux dizygotes de sexe différent.

Ce que l'on peut cependant préciser à l'encontre de la spécificité de la relation gémellaire, c'est que le taux des psychoses chez les jumeaux n'est pas différent de celui de la population générale.

Dans la méthode des jumeaux, on compare la population

des jumeaux monozygotes à celle des dizygotes, ces deux populations qui diffèrent de la population générale, diffèrent aussi entre elles. Nous reprendrons les arguments de ZAZZO :

- l'âge de la mère est en moyenne plus élevé chez les dizygotes, ce qui peut entraîner des différences éducatives,

- la durée de gestation est plus courte chez les monozygotes,

- le poids de naissance des jumeaux est inférieur, en moyenne d'un kilogramme, à celui de la population générale, mais celui de la population des monozygotes est inférieur de deux cents grammes à celui de la population des dizygotes.

- le taux de mortalité périnatale est huit fois supérieur chez les monozygotes et deux fois supérieur chez les dizygotes à celui de la population générale.

- croissance pondérale : retard somatique jusqu'aux dix-huit premiers mois pour les jumeaux.

Un autre problème est celui de l'établissement de la zygotie, les premières recherches se basant souvent sur des critères de ressemblance. Seul le diagnostic porté grâce aux sous-groupes sanguins permet d'apporter la preuve à 100 % chez les dizygotes, à 99,9 % chez les monozygotes.

Pour en revenir aux problèmes se rattachant plus spécifiquement à l'emploi de cette méthode en psychiatrie, il faut souligner les sources d'erreurs majeures pouvant provenir des difficultés à définir, en psychiatrie, les limites entre le nor-

mal et le pathologique. Le concept discordance - concordance est plus incertain qu'en pathologie organique.

Dans la plupart des recherches dans lesquelles apparait une concordance chez les jumeaux, le début, la symptomatologie et le cours de la maladie sont généralement très différents chez l'un et l'autre.

Se pose aussi le problème de l'échantillonnage : les études portant uniquement sur des patients hospitalisés représentent un échantillonnage où la gravité des symptômes est plus importante. Cela peut affecter les taux de concordance - discordance. Les études scandinaves, dans ce sens, ont un échantillonnage plus valable car leurs recherches portent sur la population entière, durant une période donnée.

Il ne faut pas oublier non plus l'influence que peuvent avoir des expériences précoces :

- possibilités de différences intra-utérines (position nutrition placentaire) qui se réflétent dans les différences de poids et de maturité à la naissance. De plus, la grossesse est certainement à la base du développement psycho-affectif.

- difficultés à l'accouchement ou dans la période post-natale qui peuvent n'affecter qu'un seul des jumeaux.

Ce dernier point fait que, même l'étude de jumeaux séparés dès la naissance et élevés séparément, ne peut être parfaitement démonstrative quant à une participation génétique éventuelle.

+ + +

RESULTATS DES DIFFERENTS TRAVAUX BASES SUR LA METHODE DES JUMEAUX POUR L' ETUDE DE LA SCHIZOPHRENIE

Les premières études étaient très en faveur des théories génétiques de la schizophrénie et les taux de concordance beaucoup plus forts chez les jumeaux monozygotes. En moyenne, le taux de concordance, jusque vers 1960, oscillait aux alentours de 65 % à 70 % chez les monozygotes contre 10 à 15 % chez les dizygotes.

Mais les études plus récentes viennent contrebalancer ces résultats et on retrouve actuellement, en moyenne, 30 à 40 % pour les monozygotes, 5 à 10 % chez les dizygotes.

Voici un tableau succint des différents résultats : (après SLATER, toutes les études citées ci-dessous ont utilisé les groupes sanguins et les empreintes digitales pour le diagnostic de la zygotie.)

Paires concordantes / au nombre de paires total. — OMS des auteurs	MONOZYGOTES		DIZYGOTES			
			même sexe		sexe différent	
LUXEMBURGER (1928) A.	13/17	76 %	0/13	0 %	0/15	0 %
ROSANOFF (1934) USA.	28/41	68 %	10/53	19 %	5/48	10 %
ESSEN MOLLER (1941) S.	7/11	64 %	4/27	15 %		
KALLMAN USA.						
- adultes (1946)	120/174	69 %	34/296	11 %	13/221	6 %
- préadolescents (1956)	15/17	88 %		8/35...	23 %	
SLATER (1958) GB.	28/41	68 %	11/61	18 %	2/54	4 %
INOUYE (1961) JAP.	35/55	60 %	2/11	18 %	0/6	0 %
HARVALD HAUGE (1965) DANN.	2/7	29 %	2/31	6 %	1/28	4 %
KRINGLEN (1967) NORV.	31/69	45 %		14/96	15 %	
MUNCHER et coll.(1969) DAN.	14/25	56 %		12/45	26 %	
HOFFER - POLLIN (1970) USA.	225	15,5%		113	4,4 %	
JARVARI (1971) FINL. *	7/20	35 %		3/23	13 %	
ALLEN et coll. (1972) USA *	52/121	43 %		12/131	9 %	
GOTTESMAN - SHIELDS (1972) GB	15/26	58 %		4/34	12 %	

* paires mâles uniquement

On connait huit paires de jumeaux élevés séparément :

			Age de séparation	
1. ROSANOFF	1935		quelques mois	concordance pour les troubles
2. KALLMAN	1938	♀ ♀	à la naissance	" "
3. CRAIKE and SLATER	1945	♀ ♀	9 mois	" "
4. KALLMAN et ROTH	1953	♂	?	" "
5. SLATER	1931	♂	à la naissance	" "
6. TIENARI	1963	♂	8 ans	non concordance cojumeau : tr. névrot.
7. TIENARI	1963	♂	3 ans	non concordance cojumeau normal
8. KRINGLEN	1934	♂	1 an 10 mois	non concordance cojumeau normal

Ce qu'on peut dire de ces résultats, c'est qu'avec les études plus récentes : le diagnostic de zygotie est établi correctement, l'échantillonnage ne porte plus seulement sur des populations hospitalisées et les critères de diagnostic sont plus stricts. Il apparaît que le risque de concordance chez les jumeaux monozygotes est de deux fois à quatre fois supérieur à celui des jumeaux dizygotes (au lieu de quatre à six fois auparavant).

+ + +

ANALYSE DES PAIRES DISCORDANTES

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'étude de paires de jumeaux discordants pour la schizophrénie. Nous citerons en particulier les remarques de MOSHER - POLLIN - STABENAU :

ces auteurs ont publié en 1971 une étude portant sur 13 familles de jumeaux discordants pour la schizophrénie. Ils en retirent que :

a) dans 12 cas sur 13, le jumeau atteint était celui dont le poids à la naissance était le plus faible.

b) c'est celui qui durant l'enfance et l'adolescence était le moins organisé, le moins actif,

c) qui tendait à être le plus sensible, le plus anxieux depuis le plus jeune âge et qui était l'élément soumis du couple.

d) 8 sur 12 sont nés en second.

e) le matériel clinique révèle la plus grande fréquence d'anoxie à la naissance, de troubles digestifs et du sommeil chez le jumeau atteint.

L'étude des parents a montré une fréquence inattendue d'affection thyroïdienne et de maladies cancéreuses. 7 mères sur 12 avaient des problèmes thyroïdiens, dans 6 cas (sur les sept) les troubles avaient débuté avant le déclenchement de la psychose de leur enfant. Par ailleurs, le jumeau schizophrénique est plus identifié à la mère que le jumeau sain.

Les hypothèses de ces auteurs sont que les différences du développement initial (intra utérin) ont pour résultat une

compétence biologique et neurophysiologique différente chez les deux jumeaux; que ces différences initiales déterminent elles-mêmes une différence de rôle dans les relations familiales, chaque jumeau a une place différente dans le vécu des parents. Dans certaines familles, le jumeau le plus vulnérable va entrer en résonnance avec les conflits familiaux non résolus et pourra déclencher une psychose.

En Conclusion :

Si la participation génétique ne peut être niée à la lumière de ces résultats (gène dominant à pénétrance incomplète, polygénisme ? nous laissons ces discussions aux généticiens), elle n'est bien évidemment pas seule en cause comme le prouve l'existence des paires discordantes.

On pourrait dire qu'il s'agit d'une cause nécéssaire mais non suffisante et que des conditions d'environnement spécifiques sont également nécessaires dans la survenue du processus psychotique.

+ + +

REVUE DES TRAVAUX PUBLIES SUR L ' AUTISME INFANTILE CHEZ LES JUMEAUX

Il y a peu de publications centrées uniquement sur la psychose infantile et nous manquons souvent de détails sur le tableau clinique réèl; or, nous avons vu la multiplicité symptomatique que recouvre, pour certains, le concept de psychose.

En 1958, KEELER remarque qu'il n'y a pas de cas de jumeaux monozygotes autistiques connus où l'un seulement des jumeaux est atteint.

En 1962, RIMLAND, dans son livre " Infantile autism ", fait une revue de la littérature portant sur les cas publiés de psychoses infantiles gémellaires, dont voici l'essentiel :

1.- 1940 - KALLMAN & coll.- publient le cas de deux jumeaux aveugles, identiques et concordants pour la psychose.

2.- 1953 - SHERWIN publie le cas d'une paire de jumeaux monozygotes concordants pour la psychose.

3.- 1954 - BAKWIN publie le cas de deux jumeaux monozygotes concordants pour la psychose.

4.- 1956 - EISENBERG & KANNER publient le cas de deux jumeaux dont l'un est décédé à cinq mois et donc avant que l'on puisse savoir s'il aurait été ou non psychotique comme son frère. Il s'agissait probablement de dizygotes car le placenta était dichorionnique.

5.- 1957 - KEELER publie le cas de jumeaux dizygotes dont un seul est autistique.

6.- 1957 - CHAPMAN rapporte le cas de deux jumelles monozygotes concordantes pour la psychose.

7.- 1958 - LEHMAN - HABES - LESSER publient le cas de deux jumeaux monozygotes concordants.

8.- 1958 - KELLER publie le cas de jumeaux monozygotes concordants pour la psychose.

9.- 1959 - POLAN & SPENCER publient le cas de jumeaux monozygotes concordants pour la psychose.

10.- 1959 - BRUCH rapporte le cas de deux jumeaux noirs autistiques et monozygotes, concordants pour la psychose.

11.- 1960 - CHAPMAN publie deux cas de paires de jumeaux iden-
&
12 tiques concordants.

13.- 1960 - KEELER : deux jumeaux autistiques monozygotes dont le sexe n'est pas spécifié.

14.- 1962 - WARD & HODDINOTT décrivent l'observation de deux filles jumelles dizygotes et concordantes pour l'autisme.

C'est-à-dire que, sur ces quatorze paires, onze sont des jumeaux monozygotes et trois des dizygotes (paires 4 - 5 - 14). Les onzë paires de jumeaux monozygotes sont toutes concordantes pour la psychose; une seule paire de dizygotes (5) n'est pas concordante. Il est difficile de se prononcer pour la paire 4 puisque l'un des jumeaux est décédé à cinq mois.

RIMLAND remarque que, si la proportion habituelle est de une paire de jumeaux monozygotes pour trois naissances gé-

mellaires, cette proportion est ici inversée. Et il se demande si cela ne correspondrait pas à un taux de fréquence d'autisme plus élevé chez les monozygotes. On peut cependant se demander si cela n'est pas simplement dû au fait que les jumeaux monozygotes suscitent un intérêt plus passionné et sont donc plus fréquemment l'objet de publications.

Dans les cas 2 - 7 - 9, le degré de sévérité de l'affection n'est pas identique chez les deux jumeaux, ce qui, pour RIMLAND suggère le rôle des facteurs post-conceptionnels dans l'expression des symptômes.

En 1953, VAILLANT, dans un article intitulé " Twins discordant for early infantile autism " rapporte le cas de deux paires de jumeaux :

. dans l'une de ces paires, composée de deux garçons de onze ans, James et John, seul le premier né, James est autistique. Bien que la ressemblance entre eux soit très grande et qu'il n'y aurait eu qu'un seul placenta, l'étude des groupes sanguins a prouvé la dizygotie.

l'autre cas est celui de deux filles, Jean et Joan, de douze ans, dont l'une seule, Jean, est atteinte d'autisme. Il n'y avait qu'un seul placenta, mais les groupes sanguins n'ont pas été faits; on ne peut donc affirmer la gémellité "vraie".

En 1964, le Dr KAMP, d'Utrecht, publie le cas de deux jumelles de cinq ans discordantes pour l'autisme et dont la monozygotie a été établie par l'étude des empreintes digitales et de quatorze groupes sanguins. Un film, intitulé "Autistic

syndrome", montrant leur aspect à l'âge de 3 ans et l'évolution de la jumelle autistique au bout d'un an de traitement, a été présenté en avril 1963. Nous nous attarderons un peu sur leur observation et sa discussion :

Julie et Coby ont deux soeurs, l'une d'un an leur aînée, l'autre d'un an leur cadette. Le père est décrit comme ayant des traits de personnalité compulsive et obsessionnelle, ce qui l'a fait rapidement entrer en conflit avec sa femme, plutôt désordonnée. La mère raconte que Julie, la jumelle autiste, a eu un premier développement normal, mais un peu plus lent que Coby après six mois. Le père, lui, dit que depuis le début, Julie paraissait moins vivante que sa soeur. Il semble, en tout cas, que les jumelles aient été négligées durant la première année, cela était dû aux difficultés conjugales et à la troisième grossesse de la mère (la mère a abandonné mari et enfants quand Julie a eu quatre ans). C'est à dix mois environ que Julie a commencé à se replier sur elle-même et à présenter tous les signes de l'autisme infantile. KAMP s'est interrogé sur l'étiologie possible de la survenue de ces troubles sans qu'aucune solution ne lui paraisse convaincante : l'absence de tout signe organique décelable le fait pencher en faveur des des facteurs psychologiques. Il note (en référence à ZAZZO) que dans le couple gémellaire, Coby est l'élément dominant, actif, extraverti, assurant les relations avec l'extérieur, alors que Julie est l'élément introverti, passif, ce qui la rendait peut-être plus vulnérable aux mauvaises circonstances familiales. La mère a précisé qu'au début, le comportement de

Julie, son comportement autistique, l'arrangeait. Il conclue en écrivant que la carence des premiers soins, l'absence de stimulation au cours de la première année et l'influence des interactions gémellaires sont, peut-être, à l'origine de ce syndrome.

Hormis ce cas, on retrouve une autre paire sûrement monozygotique et discordante quant à la psychose (publiée par ORNITZ & coll.) mais les auteurs eux-mêmes pensent que ce n'est pas forcément en contradiction avec les résultats antérieurs car le jumeau autistique a souffert d'un accouchement difficile et a subi une anoxie importante; de plus, le tableau clinique est quelque peu différent du syndrome classique.

Comme nous venons de le voir et ainsi que nous l'avons écrit, le nombre des publications concernant la psychose infantile chez les jumeaux est très restreint. Seul le cas rapporté par le Dr KAMP d'Utrecht montre une discordance certaine dans une paire de jumeaux monozygotes, ce qui remet en question la théorie de l'origine héréditaire de l'autisme. Comme l'écrit BETTELHEIM : " même le fait que deux jumeaux vrais soient autistiques n'infirme pas l'hypothèse selon laquelle l'environnement est à l'origine de l'autisme, car l'un et l'autre ont pu être soumis à une influence parentale identique ou du moins très semblable. D'ailleurs, n'y aurait-il même qu'un seul cas de jumeaux vrais dont l'un serait autistique et l'autre pas, que ce cas unique mettrait sérieusement en doute toute la théorie innée de l'autisme, et n'irait pas à l'encontre de l'hypothèse de l'environnement puisqu'il peut arriver aux parents de

réagir différemment à chacun des deux jumeaux ".

C'est un peu l'histoire du serpent qui se mord la queue et, aucune observation ne peut apporter de preuves décisives à l'encontre de l'une ou l'autre théorie; les arguments sont utilisés par chacun en fonction de sa propre intuition.

A notre connaissance, aucune paire de jumeaux présentant une psychose infantile et élevés séparément n'a jamais été rapportée.

Pour information, et pour en terminer avec la génétique, nous signalerons que des études chromosomiques ont été faites chez les jumeaux psychotiques :

. 1961 - TURNER & JENNINGS ont rapporté un cas de Trisomie 22 chez un garçon de 8 ans.

. 1962 - BIESELE & SCHEID ont également décrit une Trisomie 22 chez deux jumelles de treize ans, autistiques et arriérées.

. 1963 - Cependant, BOOK & coll. ont étudié dix enfants psychotiques, puis en 1966, JUDD & MONDELL ont publié des résultats portant sur onze enfants psychotiques; leur conclusion est qu'aucune anomalie chromosomique ne peut être décelée dans les limites actuelles de la cytogénétique.

+ + +

C O N C L U S I O N

Nous avons rapporté le cas de deux jumelles autistiques monozygotes hospitalisées dans le service de psychiatrie infantile de M. le Professeur D. J. DUCHE.

Leur observation nous a incité à rechercher dans les archives du service les cas similaires antérieurs et c'est ainsi que nous avons retrouvé quatre autres observations :

- une de deux jumelles monozygotes concordantes pour la psychose,
- une, de deux jumeaux dizygotes concordants pour la psychose,
- une, de deux jumelles dizygotes dont une seule est atteinte (avec un éléments organique surajouté),
- une, enfin, de deux jumeaux concordants pour la psychose mais dont la zygotie n'a pas été établie.

Ces résultats corroborent ceux des travaux antérieurs, en fait très restreints concernant les psychoses infantiles chez les jumeaux; ils ne peuvent cependant apporter aucun élément nouveau dans la discussion toujours ouverte sur l'origine de la psychose.

Après un bref rappel sur la notion d'autisme, nous avons évoqué ce problème, qu'aidera peut-être à résoudre l'étude de jumeaux psychotiques, de l'inné ou de l'acquis dans le déclenchement des psychoses infantiles.

Quant à nous, comme beaucoup, nous ne pouvons accepter de trancher ainsi entre la Psyché et le Soma. Il nous semble que si les facteurs extérieurs, en particulier la qualité des expériences précoces, sont déterminants pour l'apparition de ces graves troubles de la personnalité que représente la psychose, ils ne peuvent être suffisants s'ils ne surviennent pas sur un terrain particulièrement fragile, fragilité qui serait peut-être héréditaire (comme le laisse supposer l'importance de la concordance chez les jumeaux monozygotes) ou accentuée par des maladies organiques.

Pour conclure, nous voudrions cependant insister sur l'importance de l'environnement ce qui est confirmé par les résultats thérapeutiques obtenus grâce à des prises en charge de longue durée s'appuyant sur des théories psychanalytiques.

+ + +

B I B L I O G R A P H I E

1. - ALLEN

Taux de morbidité et environnement chez les jumeaux monozygotes schizophrènes et de leurs co-jumeaux normaux.
Brit. J. Psychiat., mai 1968, n° 522 : 115.

2. - ALLEN, COHEN, POLLEN

Schizophrenia in Veteran Twins. A diagnostic review.
Am. J. Psych., février 1972, n° 128 - 8.

3. - ALLEN, POLLEN

Schizophrénie chez les jumeaux et hypothèse de la limite diffuse du moi.
Am. J. Psych., octobre 1970, n° 127 - 4.

4. - BENOIT

Semaine des Hopitaux, 1972, n° 10.

5. - BETTELHEIM B.

La forteresse vide.
Coll. "Connaissance de l'Inconscient"
1967, Gallimard édit.

6. - BETTELHEIM B.

Le traitement des troubles affectifs chez l'enfant.
1970, Fleurus édit.

7. - BLULER

Une contribution aux problèmes de l'hérédité chez les schizophrènes.
J. Nerv. Ment. dis. 1931, n° 74 : 393.

8. - BONNET Bernadette

Etude obstetricale sur le rituel de l'accouchement, à propos de quelques sociétés primitives.
Thèse de doct. Méd. 1972.

9. - BOWEN

Aperçu sur la génétique de la schizophrénie : faits et théories, de 1910 à nos jours.
IIe Congrés int. de Psych., 1957, n° 2 : 17 - 26,
Fiössli édit., Zurich.

10. - CHAPMAN
Early infantile Autism in identical Twins.
Arch. neuro-psych., nº 78 : 621 - 623, 1957.

11. - CHAPMAN
Early infantile autism. A review.
Am. J. dis. Child., 1960, nº 99 : 783 - 786.

12. - CHARLIN, MICHAUD, ROUSSELOT
Les pseudo arriérations mentales profondes d'origine affective.
Rev. de Neuro-Psych. inf. et d'Hygiène mentale de l'enfant. Sept.-Oct. 1969, nº 9 - 10 : 647 - 658.

13. - CASTETS
Psychose de l'enfant et structure psychotique.
Recherches, sept. 1967, nº : 97 - 112.

14. - COHEN, SHAMITZ, JOHNSON, BOWERS
Biogenic Amines in autistic and atypical Children.
Arch. gen. psych. décembre 1974, 31, nº 6.

15. - CONSTANTIDINIS
Etude clinique et psychologique des adolescents psychotiques jumeaux univitellins.
Ann. méd. psychol., juillet 1969, 127 nº 2.

16. - DIATKINE, SIVON
La psychanalyse précoce.
Coll. "Le fil rouge", P.U.F. 1972.

17. - DOLTO F.
Le cas Dominique.
Ed. du Seuil, 1971.

18. - DUCHE D. J. & coll.
Retard de l'acquisition du langage de deux fratries dont une gemellaire.
Rev. de Neuro-Psych. inf., Nov.- Déc. 1961, nº 11 - 12.

19. - DUCHE D. J., STORK, TOMKIEWICZ
Les psychoses infantiles. Rapport au Congrés de Psych. de Bruxelles.
Masson, édit., Paris 1969.

20. - FISHER M.
Psychose dans la descendance de jumeaux monozygotes schizophrènes et de leurs co-jumeaux normaux.
Brit. J. Psych., janvier 1971, n° 542 : 118.

21. - FISHER M.
Acta pschiat. Scand., 1973, n°suppl. 238 : 9 - 182.

22. - GARRONE, MULLER
Etiopathologie de la schizophrénie. Hérédité et constitution.
E. M. C., 1967, n° 37 290 - A 10, Psychiatrie.

23. - GAYRAL, ESCANDE, TANIGE, PERROT
Etude de deux jumelles monozygotes psychotiques. Influence de l'apprentissage du langage.
Communication au Congrés de Psychiat. de Tunis, 1972.

24. - GEDDA - BRACONI
The Twin method in the study of psychosis and psychneurosis.
Congrés de Madrid 1966.

25. - GOTTESMAN, SCHIELDS
La schizophrénie chez les jumeaux : seize ans d'admission dans une clinique psychiatrique.
Brit. J. Psych., août 1966, n° 489 (112) : 809 - 818.

26. - GOTTESMAN, SCHIELDS
Brit. J. Psychiat., janv. 1973, 122 n° 566 : 15 - 30.

27. - GOTTESMAN, SCHIELDS
Genetic theorizing and schizophrenia.
Brit. J. Psychiat., janv. 1973, 122 n° 566.

28. - MEHLER
La schizophrénie.
P. U. F. 1974.

29. - INOUYE
Similitude et dissimilitude de la schizophrénie chez les jumeaux.
IIIe World corp. psch., 1963, n° 2 : 524 - 530.

30. - IRVING, GOTTESMAN, SCHIELDS
Schizophrenia in Twins : seize ans d'admission dans une clinique psychiatrique.
Brit. J. psych., 1966, 112 n° 489 : 809 - 818.

31. - IRVING, GOTTESMAN
Schizophrenic Twins study.
Congrés de Madrid, 1963.

32. - JUDD, MANDELL
Chromosome studies in early infantile autism.
Arch. gen. psych. Vol 18, n° 4 - avril 1968.

33. - JUEL, NIELSEN
Individual and environnement, a psychiatric psychological investigation, of monozygotic Twins reared apart.
Acta psychiat. scand., 1965, n° suppl. 183.

34. - JUEL, NIELSEN, FISHER, VIDEBECH
Psychoses in monozygotic Twins.
Congrés de Madrid, 1963.

35. - KALLMAN
Genetic aspect of preadolescent schizophrenia.
Amer. J. Psychiat., Vol. 112 n° 112 : 599 - 606.

36. - KALLMAN
Génétique des psychoses : une analyse de 1232 familles de jumeaux.
Amer. J. Human genet., 1950, n° 2 : 385 - 390.

37. - KAMP
Autistic syndrome in one of a pair of monozygotic Twins.
Psych. neuro. neurochirurg., 1964, n° 67 : 143 - 147.

38. - KANNER
Infantile autism and the schizophrenias.
Behav. Sc., oct. 1965, n° 10 : 412 - 420.

39. - KLEIN M.
La psychanalyse des enfants.
Biblio. de Psychanalyse, P. U. F., 1972.

40. - KOUPERNIK, EISENBERG
Reflexions sur l'autisme infantile.
Confront. Psychiat., 1962, nº 3 : 31 - 55.

41. - KOUPERNIK
Etranges enfants ou l'autisme infantile.
Conc. Médical 14 déc. 1974, 96 nº 44.

42. - KRINGLEN
Discordance with respect to schizophrenia in monozygotic twins - some genetic aspects.
J. nerv. ment. desease, janv. 1964, nº 1, vol. 138.

43. - [illegible]
Twins study in schizophrenia.
Congrés de Madrid, 1966.

44. - [illegible]
Psychoses infantiles à expression déficitaire et "arriération - psychose"
Confront. psychiat., 1969, nº 3 : 119 - 140.

45. - LEBOVICI
Modes de début de la schizophrénie.
Rev. Praticien 1975, T.25, nº 17 : 1331 - 1338.

46. - LEBOVICI
Diagnostic différentiel entre arriération mentale et psychose chez l'enfant.
Rev. neuropsychiat. infant., janv. fév. 1967,
Vol. 15, nº 1 - 2 : 19 - 49.

47. - LEBOVICI, GAULTIER, DUCHE D. J.
Contribution à l'étude du diagnotic et de l'évolution des psychoses infantiles.
Rev. neuropsychiat. inf., janv. fév. 1967, vol. 15.

48. - [illegible] J.
Recherches sur les étapes de la prise de conscience de soi chez les jeunes jumeaux.
1951.

49. - LOBASCHER, KINGERLEE, GUBBAY
Chil ood autism : an investigation of aetiological factors in 25 cases.
Brit. J. Psych. , nov. 1970, 117 nº 540.

[illegible]. -- MAC CULLOCH, WILLIAMS
On the Nature of infantile autism.
Act psych. scand. 1971, 47 n° 3.

[illegible]. -- [illegible] M.
L'enfant, "sa maladie" et les autres.
[illegible] du Seuil, Paris, 1967.

[illegible]. -- MICHAUX, DUCHE D. J.
Schizophrénies infantiles.
Revue Prat. 1965, T. 15, n° 25 : 3295 - 3309.

[illegible]. -- MISES
Origines et évolution du concept de psychose chez l'enfant.
Confront. Psych. Oct. Déc. 1969, n° 3 : 9 - 29.

[illegible] - MISES
Le concept de psychose chez l'enfant.
Evol. Psych., oct. déc. 1966, n° 4 (31) : 741 - 766.

[illegible]. - MISES, MONIOT
Les psychoses de l'enfant.
E. M. C. psych. 9 1970 - p. 37 299 M 10, M 20, M 30.

[illegible]. - MISES
Problèmes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant.
Psychiat. de l'enfant. Fasc. 2, 1968, vol. 11.

[illegible]. -- [illegible]OSLER, POLLEN, STABENAU
Families with identical twins discordant for schizophrenia.
Brit. J. psychiat., 1971, n° 118 : 29 - 42.

[illegible]. - [illegible]ORNITZ, WALTER
Dreaming sleep in autistic twins.
Arch. gen. Psych. janv. 1965, 12 n° 1.

[illegible]. - PANKOW G.
L'homme et sa psychose.
Aubier Montaigne édit., Paris, 1973.

30. - POLLEN, STABENAU, TUPIN
Etude de familles avec jumeaux identiques mais différents en ce qui concerne la schizophrénie.
Psychiatry, fév. 1965, n° 28 : 39 - 78.

31. - REITMAN, LINNSTAEDER, POKORNY
Developmental analysis of schizophrenia in identical Twins
Arch. of Gen. psy., vol. 10, n° 2 : 131 - 137.
Février 1964.

32. - RIMLAND
Infantile autism.
Appleton, century crofts. New York, 1964.

33. - ROSANOFF, HANDY, PLESSET, BRUSH
Etiologie des psychoses dites schizophrénies, leur fréquence chez les jumeaux.
Am. J. Psychiat., 1934, n° 91 : 247 - 286.

34. - ROSENTHAL
Confusion d'identité et fréquence de la schizophrénie chez les jumeaux.
Arch. gén. Psychiat., 1960, n° 3 : 297 - 304.

35. - ROSENTHAL
Répartition des sexes et gravité de la maladie dans des échantillons de jumeaux schizophrènes.
J. Psychiat. Res., 1961, n° 1 : 26 - 36.

36. - ROSENTHAL
Problème d'échantillonnage et de diagnostic dans les études sur la schizophrénie, chez les jumeaux majeurs.
J. Psych. Res., 1961, n° 1 : 116 - 134.

37. - ROSENTHAL
Quelques facteurs associés à la concordance et à la discordance en ce qui concerne la schizophrénie chez les jumeaux monozygotes.
J. new. ment. des., 1959, n° 129 : 1 - 10.

38. - RUTTER, BARTAK
Etiologie de l'autisme infantile. Quelques réflexions à partir de recherches récentes.
Revue neuropsych. inf. Mars 1973, 21 n° 3

69. - SCHERRER J. coll.
Evolution d'un cas de psycho névrose gémellaire suivi pendant seize ans.
Rev. Médic. de Dijon. T. VII, n° 3, mars 1972.

70. - SEGAL A.
Introduction à l'oeuvre de Mélanie KLEIN.
Coll. "Biblio. de Psychanalyse" P.U.F. Paris 1969.

71. - SHIELDS, SLATER
Similarité du diagnostic chez les jumeaux et le problème de la spécificité biologique dans les névroses et les troubles de la personnalité.
Evolution Psych. 1966, T. XXXI? avril-Juin, fasc. II.
Page 441.

72. - SLATER
Une investigation de jumeaux psychotiques et névrotiques.
University of London. 1951.

73. - SLATER
Maladies psychotiques et névrotiques chez les jumeaux.
Spécial Rep. Ser. Med. Res. Counc. , 1953, n° 278 - 385.

74. - SPITZ
La première année de la vie de l'enfant.
P. U. F., 1958.

75. - STABENAU
Heredity and environnement in schizophrenia. The contribution of twin studies.
Gen. Arch. Psych. T. 18, n° '4, avril 1968.

76. - STABENAU, POLLEN
Early characteristics of monozygotic twins discordant for schizophrenia.
Arch. gen. Psych. n° 6 : 17, déc. 1967.

77. - SWEENEY D.
A report on a pair of male monozygotic twins discordant for schizophrenia.
Brit. J. Psych. 1970, n° 116 : 315 - 322.

78. - THOMSON
On a genesis of affective illness. A pair of discordant twins monozygotic.
Brit. J. Psych., 1970, n° 116 : 323 - 325.

79. - TIENARI
Etude psychiatrique des jumeaux - rapport préliminaire.
Acta psychiat.Scand., vol. 39, n° suppl. 169.

80. - TIENARI
Psychiatric illness in identical twins.
Acta psychiat. scand., vol. 39, n° suppl. 171. (1963)

81. - TISSERAND, PERRIER
Différence de comportement chez les jumeaux.
Rev. neuropsych. inf. et d'Hyg. ment. de l'enfance.
Mai-Juin 1955, n° 5 - 6.

82. - VAILLANT
Twins discordant for early infantile autism.
Arch. gen. Psych. Vol. 9, n° 2 - 19 : 163 - 167.
Aôut 1963.

83. - WINNICOTT
De la pédiatrie à la psychanalyse.
Payot, édit. Paris 1969.

84. - ZAZZO
A propos de "Les jumeaux" - Le couple et la personne.
Evol. Psychiat., Janv.-Mars 1962, vol. 27, n° 1.

85. - ZAZZO
Les jumeaux, le couple et la personne.
P. U. F. 1960.

86. - ZAZZO
Situation gémellaire et développement mental.
J. de Psychologie. p. 228.

+ + +

Vu le Président de Thèse :

Pr. Ag. D. J. DUCHE

Vu le Doyen de la Faculté

de Médecine Pitié-Salpêtrière :

Pr. CASTAIGNE

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET